EXTRAIT DU BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Séance du 7 novembre 1876

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT

DE

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

DILATATION IMMÉDIATE PROGRESSIVE

Par M. Léon LE FORT

Avant de faire connaître ce nouveau mode de traitement des rétrécissements de l'urèthre, j'ai voulu attendre que l'expérience m'eût complétement éclairé sur sa valeur. Or depuis sept ans je l'ai employé dans des cas aujourd'hui assez nombreux, et, comme il m'a toujours donné les résultats les plus favorables, je crois que le temps est venu de le soumettre à votre appréciation.

Ce n'est pas devant cette Académie, ce n'est pas devant des cliniciens que l'on peut parler de la guérison *radicale* et *instantanée* des rétrécissements de l'urèthre. L'on peut même tout d'abord poser ce principe : c'est qu'il n'est aucun traitement, aucune opération capables de procurer la guérison rapide et définitive des rétrécissements de l'urèthre. Si le chirurgien peut, par une opération, rendre au canal sa largeur normale, c'est au malade plus encore qu'au chirurgien qu'incombe le soin de conserver à l'état de permanence le résultat temporairement obtenu, en continuant l'introduction des bougies; et, sous peine de récidive, cette précaution doit presque toujours être continuée pendant des mois, et quelquefois des années.

Ainsi donc, au point de vue clinique, la thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre se trouve dans la solution de cette question : quel est le traitement capable de rendre à l'urèthre

rétréci sa largeur normale avec le moins de dangers et de douleurs pour le malade, et cela dans le moins de temps possible?

Je ne saurais entrer ici dans l'examen détaillé de l'étiologie et de l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre; je ne saurais également discuter en détail les inconvénients, les avantages, les mérites relatifs des diverses méthodes thérapeutiques; je ne dirai que ce qui est indispensable pour expliquer les motifs qui m'ont amené à imaginer et à employer le mode de traitement que je crois pouvoir appeler *dilatation immédiate, progressive.*

Trois méthodes principales se partagent la faveur des chirurgiens : la dilatation lente par les bougies, l'uréthrotomie interne, la dilatation forcée ou divulsion.

La dilatation lente a pour elle une plus grande sécurité relative, car il est assez rare que l'on rencontre des malades dont l'urèthre soit tellement irritable, que le cathétérisme prudemment exercé puisse amener des accidents mortels ou seulement sérieux; mais ce mode de traitement a contre lui sa lenteur même, car, ainsi que le dit avec raison M. Voillemier, le rétrécissement le plus simple a besoin d'être traité pendant un mois environ. Si l'on examine seulement l'action mécanique qu'exerce sur les parois de l'urèthre et du rétrécissement l'introduction d'une bougie dans le canal rétréci, il est évident qu'au début du traitement cette action s'exerçant avec des bougies d'un très-mince calibre, et par conséquent peu résistantes, sera des plus limitées, et il se passera un bon nombre de jours avant que le rétrécissement ait été assez fortement dilaté pour admettre des bougies capables, par leur résistance, d'exercer, au moment de leur introduction, une pression énergique sur toute la circonférence du rétrécissement. Ce n'est qu'à partir du moment où le rétrécissement a été amené à un diamètre de 3 à 4 millimètres que l'action mécanique des bougies peut s'exercer avec une certaine énergie, et que le chirurgien peut marcher rapidement vers la terminaison du traitement.

Or, la plupart des malades atteints de rétrécissements jouissent, en dehors de cet accident, d'une santé généralement assez bonne, se soumettent difficilement à un traitement d'une longue durée, à un long séjour à l'hôpital; aussi n'est-il pas

étonnant que l'on ait cherché à diminuer, à supprimer même tout délai, et à rendre immédiatement au canal, par une opération, sa largeur normale.

De plus, il est des rétrécissements qui, par l'épaisseur, l'induration de leurs parois, offrent à la dilatation par les bougies une résistance telle que l'emploi de ce moyen est sans résultat utile.

La dilatation brusque, améliorée sous le nom de divulsion par notre collègue M. Voillemier par l'emploi d'un divulseur cylindrique, expose peu le malade aux accidents redoutables et parfois mortels qui avaient fait abandonner la pratique de Perrève; mais la divulsion elle-même ne me paraît pas sans danger, puisqu'elle agit en amenant la déchirure, la rupture du rétrécissement, et M. Voillemier lui-même ne l'applique que dans certains cas exceptionnels.

L'uréthrotomie interne est, de toutes les méthodes, celle qui rencontre le plus de faveur auprès des chirurgiens. Même telle qu'on la pratique aujourd'hui, c'est-à-dire en faisant à l'urèthre plutôt une scarification profonde qu'une véritable incision, elle n'est pas sans dangers; les cas de mort ne sont pas rares, et une mortalité ne fût-elle que de 3 pour 100 est une mortalité élevée quand il s'agit d'une maladie qu'on peut guérir sans mettre sérieusement en péril la vie du malade. Quant à la sécurité qu'elle donne contre les récidives, elle est purement apparente, et je n'en veux pour preuve que ce fait, que dans une thèse consacrée à l'éloge de l'uréthrotomie interne, celle de M. Reverdin, sur les 21 malades uréthrotomisés dont l'observation sert de base à ce travail, 7, c'est-à-dire le tiers d'entre eux, avaient déjà subi antérieurement une et même plusieurs uréthrotomies. Pour ma part, je n'ai jamais eu recours à cette opération, et cela pour deux raisons : la première, c'est qu'ayant vu mourir les deux premiers malades sur lesquels j'avais vu pratiquer, il y a longtemps déjà, l'uréthrotomie interne par Ad. Richard, j'ai conservé contre cette opération une très-grande prévention; la seconde, c'est que j'ai toujours vu guérir mes malades par d'autres méthodes, et en particulier par celle dont j'ai l'honneur de vous entretenir, toutes les fois que j'ai pu engager dans le rétrécissement une bougie, quelque mince qu'elle fût.

C'est qu'en effet, par un phénomène déjà signalé par John Hunter, et mieux étudié depuis, toutes les fois qu'on peut engager et laisser séjourner une bougie dans un rétrécissement, on peut dire qu'on est sûr de pouvoir, avec de la patience du côté du malade, de la persévérance du côté du chirurgien, arriver à le guérir. Il n'est pas un chirurgien qui ne sache et n'ait observé ce fait, qu'une bougie introduite avec peine dans un rétrécissement et laissée à demeure pendant vingt-quatre heures y joue librement, si bien qu'on peut la remplacer par une bougie d'une taille supérieure. C'est même sur ce fait qu'est basé un mode de traitement des rétrécissements, traitement que j'emploie toutes les fois qu'ils sont assez peu serrés pour permettre l'introduction d'une bougie de 3 millimètres. Sous l'influence du ramollissement et de la malléabilité qu'amène dans les tissus indurés la légère inflammation déterminée par la présence du corps étranger, on peut remplacer une bougie du n° 9, par exemple, en place depuis la veille, par des bougies de plus en plus grosses, et aller, dans une même séance, jusqu'aux n°s 20 ou 25, en passant par tous les numéros intermédiaires.

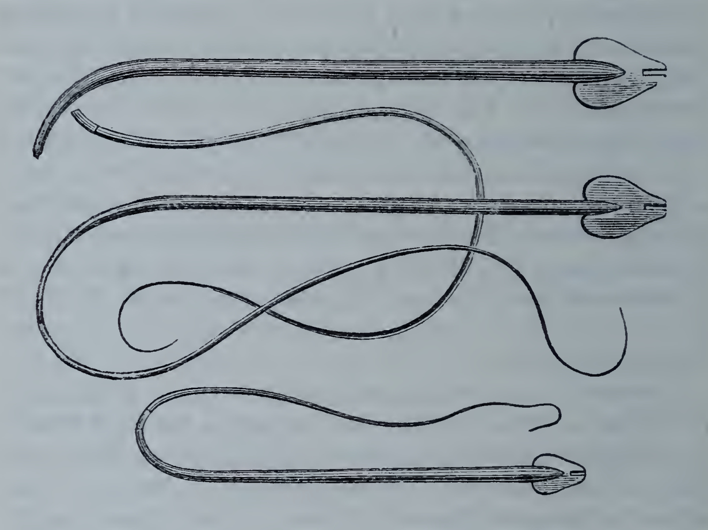
Je place donc dans le rétrécissement une bougie du n° 9, et je l'y laisse pendant vingt-quatre heures. Le lendemain je prépare d'avance une série complète de bougies, depuis le n° 10 jusqu'au n° 25. L'aide, tenant la bougie placée dans le canal, la retient en place pendant que j'introduis dans le canal et aussi loin que possible en avant du rétrécissement une bougie du numéro supérieur. Lorsqu'elle a pénétré suffisamment, l'aide retire brusquement la première bougie, et je pousse rapidement l'autre, qui s'engage sans peine dans le rétrécissement. Je répète séance tenante la même manœuvre avec des bougies de plus en plus fortes, et souvent dans la même séance j'arrive jusqu'aux n°s 21, 23 et même 25 ; mais il se passe souvent un phénomène qui donne l'explication du succès de ce procédé. Si, par une fausse manœuvre, la bougie ne s'engage pas immédiatement dans le rétrécissement, non-seulement on échouera dans de nouvelles tentatives pour l'introduire, mais même on ne pourra faire pénétrer une des bougies d'un numéro très-inférieur qui tout à l'heure avait facilement pénétré. Cela tient à ce que le canal s'est contracté spasmodiquement sous l'in-

fluence des titillations causées par la bougie dans les tentatives infructueuses pour la faire pénétrer, tandis que pendant le passage des autres bougies il s'était, en quelque sorte, laissé surprendre dans une sorte d'engourdissement passager.

Mais ce qui est possible dans des rétrécissements peu serrés et dont les parois sont peu ou pas indurées n'est plus possible dans les rétrécissements beaucoup plus étroits et dont les parois dures, peu extensibles, ne cèdent pas à l'action mécanique exercée par une bougie filiforme. Un léger degré de force est ici nécessaire, et c'est dans le but de supprimer la lenteur excessive du début du traitement par la dilatation que j'ai imaginé le procédé que je crois pouvoir appeler dilatation immédiate progressive : *immédiate*, parce que la dilatation du rétrécissement est obtenue séance tenante, ou en totalité, ou à un degré suffisant pour que la dilatation rapide par les bougies en gomme puisse être employée le lendemain ; *progressive*, parce que cette dilatation n'est pas brusque comme dans la divulsion, parce qu'elle ne va pas et ne doit pas aller jusqu'à la rupture du rétrécissement, et qu'elle s'exerce par des bougies métalliques d'un volume croissant. Voici comment j'emploie ce procédé :

L'appareil instrumental se compose d'une bougie conductrice et de trois cathéters métalliques. La bougie est semblable à celle dont on fait usage dans l'uréthrotomie interne, avec cette différence toutefois que, vers son talon, elle renferme, à l'intérieur, un mince fragment de baleine pour lui donner plus de résistance et l'empêcher de se replier sur elle-même devant l'obstacle qu'oppose le rétrécissement. Du reste, cette modification que j'ai fait apporter il y a six ans par M. Benas à la construction des bougies conductrices, a été appliquée par ce fabricant à celles dont on munit l'extrémité de l'uréthrotome. Les sondes métalliques sont coniques et munies d'un pas de vis à leur extrémité pour qu'on puisse y visser l'ajutage métallique que porte le talon de la bougie conductrice. Le bec des quatre sondes a donc le même diamètre, mais ce diamètre va en s'augmentant plus rapidement suivant le numéro de la sonde, de manière que la partie recourbée répondant à la région membraneuse corresponde aux n°s 9, 15 et 21 de la filière Charrière, c'est-à-dire à 3, 5 et 7 millimètres.

J'engage dans le rétrécissement une des fines bougies conductrices, et je l'y laisse à demeure pendant vingt-quatre heures. Elle est retenue en place au moyen d'une petite plaque mobile vissée sur l'ajutage métallique, à laquelle s'attachent les fils qui fixent la bougie en position. Après vingt-quatre heures, par le phénomène dont je parlais tout à l'heure, la bougie joue librement dans le rétrécissement dont les parois ont perdu leur rigidité et leur inextensibilité premières. Je visse à la bougie le cathéter n° 1, et je l'introduis doucement dans l'urèthre et



dans la vessie, comme on le ferait avec une sonde ordinaire, la bougie servant de conducteur pénétrant tout entière dans la vessie, où elle se replie : le rétrécissement a donc été dilaté à 3 millimètres. Je retire le cathéter jusqu'à ce que le talon de la bougie apparaisse hors du méat, je la fixe entre les doigts et dévisse le cathéter n° 1 pour lui substituer le cathéter n° 2; puis je répète l'opération avec le cathéter n° 3, et il est rare qu'on soit obligé d'aller au delà d'une dilatation de 7 millimètres. Cela fait, je retire le cathéter et la bougie, l'opération est terminée, et je mets à demeure une sonde de gomme n° 16 ou 18. Après quarante huit heures de séjour, je l'enlève, je passe successivement des bougies jusqu'aux n°s 22 ou 25, j'enseigne au malade la manière de se sonder lui-même, et je le

laisse partir en lui faisant promettre qu'il continuera à se sonder d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, puis toutes les semaines, et qu'il reviendra me voir si, après sa sortie de l'hôpital, le passage de la sonde devenait impossible ou seulement difficile.

La petite opération du passage des cathéters rigides n'est que peu douloureuse, et je n'ai jamais cru utile d'anesthésier aucun malade ; l'écoulement de sang constant dans la divulsion et l'uréthrotomie n'est que tout à fait exceptionnel, et, lorsqu'il existe, il se borne à quelques gouttes apparaissant au méat. Quant à la récidive, si je n'en ai pas observé, cela ne tient pas à la grande efficacité du procédé, car, sauf quelques rares exceptions, elle aurait lieu après ce procédé comme après tout autre si le malade négligeait de continuer l'usage du cathétérisme.

On peut objecter que ce moyen thérapeutique n'est applicable qu'aux rétrécissements perméables ; mais cette objection s'adresse aussi bien à la divulsion et à l'uréthrotomie, car, pour que cette dernière soit applicable, ou du moins puisse être appliquée avec sécurité, il faut que l'on puisse introduire dans le rétrécissement une bougie conductrice.

En résumé, il n'est pas d'opération, pas de méthode thérapeutique capable d'amener immédiatement la guérison définitive des rétrécissements de l'urèthre. Dans l'immense majorité des cas, la récidive survient si le malade cesse trop tôt de recourir fréquemment au cathétérisme.

Le cathétérisme étant le complément obligé de toutes les méthodes, la dilatation simple resterait la méthode la plus sûre et la meilleure, si elle n'avait l'inconvénient d'être peu efficace dans les rétrécissements étroits et indurés, d'exiger une longue durée de traitement, et si son emploi dans les cas où le rétrécissement n'est pas encore dilaté n'exposait à l'apparition d'accidents caractérisés sous le nom de fièvre uréthrale.

Le procédé que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie a pour but de supprimer les lenteurs du traitement ordinaire par la dilatation simple, et de rendre inutile, dans la grande majorité des cas, sinon dans tous, l'opération de l'uréthrotomie interne ou de la divulsion.

Lorsqu'une bougie a séjourné vingt-quatre heures dans un

rétrécissement, elle a amené dans les tissus avec lesquels elle est en contact une modification qui se traduit par une extensibilité plus grande.

Si le rétrécissement est assez peu serré pour qu'on puisse y engager une bougie de 3 millimètres, et s'il a peu de résistance, on peut faire séance tenante la dilatation au moyen de bougies dites en gomme qu'on introduit successivement numéro par numéro jusqu'à ce que le diamètre de 7 millimètres au moins ait été obtenu.

Si le rétrécissement est serré et en même temps résistant on peut, au moyen de cathéters métalliques coniques munis d'une bougie conductrice, obtenir en une seule, et exceptionnellement en deux séances, la dilatation du rétrécissement. C'est ce procédé que je désigne sous le nom de dilatation immédiate progressive.

Comme toutes les autres méthodes, elle ne met à l'abri de la récidive que si le malade continue à faire usage du cathétérisme par les bougies ordinaires jusqu'à ce que la tendance à la rétractilité des parties jadis rétrécies ait complétement cessé.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2